



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR IMPFUNG MEINES KINDES

PATIENT:
geb.:

Ich habe die Impfaufklärungsbroschüre zur Impfung gelesen und keine weiteren Fragen zu diesen Impfungen.

Ich erkläre mich als Erziehungsberechtigte(r) meines Kindes mit den unten bezeichneten Impfungen/Impfkombinationen (angekreuzt) einverstanden.

- HIB/Diphtherie/Wundstarrkrampf/Keuchhusten/Kinderlähmung
 - Diphtherie/Wundstarrkrampf/Keuchhusten/Kinderlähmung
 - Diphtherie/Wundstarrkrampf/Keuchhusten
 - Diphtherie/Wundstarrkrampf (Td)
 - Diphtherie
 - Hepatitis B
 - Hepatitis A
 - FSME (Frühsommermeningoencephalitis)
 - Kinderlähmung (IPV)
 - Cholera
 - Typhus
 - Meningitis A, C, W135, Y
 - Tollwut
 - Virusgrippe
 - Meningokokken Typ B
 - Pneumokokken
- Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfungen nicht einverstanden.
Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

Anmerkungen:

Ort und Datum:

.....
Unterschrift des Impflings bzw. Sorgeberechtigten

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung zur ersten Impfung unterschrieben mit. Wir setzen voraus, dass beide Erziehungsberechtigte mit der Impfung einverstanden sind.